

орезистентности при бессимптомной бактериурии у беременных /XIII Российский национ. конгресс «Человек и лекарство», Москва, 2006, с. 306-307.

71. Сидельникова В., *Угрожающие преждевременные роды – тактика ведения /Акуш. и Гин., 2006, N. 4, с. 66-68.*

72. Чилова Р., Ищенко А., Рафальский В., *Анализ безопасности использования антимикробных препаратов у беременных /Тезисы Межд. Конгр. „Практическая гинекология: к новой стратегии”, Москва, 2006, с. 252-253.*

Rezumat

Nașterile premature sunt și în Republica Moldova o problemă majoră, continuă de sănătate, având o prevalență înaltă cu consecințe sociale și economice importante. Profilaxia și tratamentul nașterilor premature sunt declarații ale strategiei prioritare pentru politica de sănătate și medicina din republică. Orientarea spre nașterea fiziologică la termen este o tendință permanentă, urmărindu-se asigurarea unor noi modalități de reformare continuă a domeniului prematurității.

Summary

Premature birth is a major problem for the public health concern in the Republic of Moldova, having a high incidence as well as crucial social and economic consequences. Nowadays, prevention and treatment of premature birth has been declared as priorities for policy in Health System in Moldova. Orientation to a physiological birth is the goal of the new reforms that are conducted in the obstetrician branch of health system.

ASPECTELE PSIHOLOGICE ALE AVORTULUI LA CERERE

Ludmila Railean, USMF “N.Testemițanu”

Înteruperea artificială a sarcinii în prezent este mai raspândită decât în perioadele istorice anterioare. Anual în lume survin aproximativ 200 mln. de sarcini și în 80 mln. de cazuri se termină prin avort la cerere.

Înteruperea spontană a sarcinii reprezintă, de obicei, o situație dramatică pentru femeie, în timp ce avortul la cerere, cu excepția indicațiilor medicale, este efectuat la dorința acesteia. Trebuie să menționăm faptul că în majoritatea cazurilor avortul reprezintă pentru femeie o procedură inevitabilă determinată de circumstanțe impunătoare. Conform datelor screening-ului sociologic, 43% din numărul femeilor consideră avortul o procedură dăunătoare vieții, iar 15% îl asociază cu suferința fizică și psihologică.

Avortul este o preocupare a diferitelor tipuri de servicii de sănătate, în funcție de legi și politici, regulamente ale unităților medicale și de practica locală. În diverse țări avortul poate fi efectuat de către medici, moașe, asistenți medicali, medici rezidenți și de alte categorii de personal medical.

Atitudinea societății și a statului față de avort depinde de structura statală, condițiile economice și sociale de viață, numărul populației, aspectele religioase. Din păcate, avortul ramâne și în prezent o metodă esențială de planificare a familiei.

Înteruperea sarcinii este un factor psihotraumatic puternic, care, sub influența anumitor situații, poate să devină factorul inițial în mecanismul neurozei. Răspunsul la avort este în corelare directă cu temperamentul, starea psihică și particularitățile sistemului nervos al persoanei. L.P.Baculeva et al. (1990) menționează aspectul psihologic al influenței avortului asupra sănătății femeii, deoarece este bine cunoscut faptul că intervenția, provocând modificări în sistemul hormonal, este, totodată, și un stres emoțional. În perioada postintervenție acuzele femeilor indică semne de tulburări ale somnului și depresie. La 30% dintre femei au fost evidențiate dereglări emoțional-vegetative, care sunt considerate drept sindrom al distoniei vegetativ-vasculare.

Așadar, avortul provocat, efectuat în trimestrul I, cauzează modificări psihologice și ale sistemului nervos vegetativ, ceea ce duce la tulburarea capacității de adaptare a organismului și la progresia simptomatologiei preexistente.

Scopul studiului este analiza aspectelor psihologice ale avortului provocat chirurgical și medicamentos, precum și determinarea metodei cu cel mai mic potențial negativ.

Materiale și metode. Obiectul studiului l-au constituit 89 de femei repartizate în două loturi:

- Lotul I, general (22 paciente) – l-au format femeile cărora li s-a întrerupt sarcina la cerere cu ajutorul prescrierii a 200mg Mifepriston + 400mg Misoprostol.
- Lotul II, de comparare (67 de paciente) – l-au constituit femeile cărora li s-a efectuat avort la cerere chirurgical sau vacuum aspirație.

Ambele grupe statistic nu se deosebeau după vârstă, termen de gestație, clinic și paraclinic.

Pentru aprecierea nivelului anxietății s-au utilizat testul Spilberger, metoda proiectivă de alegere a culorilor, s-a efectuat testarea verbală cu ajutorul metodei - standard multifactoriale de studiere a persoanelor (MSMSP).

Rezultate și discuții: Analizând datele obținute, putem menționa că în lotul I nivelul anxietății era mai jos decât în lotul II de comparare. În lotul de femei care au suportat avort chirurgical, majoritatea (52,24%) aveau anxietate medie, 37,3% - anxietate înaltă, 10,45% - anxietate joasă. În lotul de femei cu avort medicamentos 40,91% din acestea aveau anxietate joasă, 40,91% anxietate medie și 18,18% anxietate înaltă (*tab.1*).

Tabelul 1

Nivelul anxietății în loturile examinate

<i>Nivelul anxietății</i>	<i>Lotul I, %</i>	<i>Lotul II, %</i>	<i>p</i>
Scăzut	9 40,91	7 10,45	<0,05
Mediu	9 40,91	35 52,42	>0,05
Înalt	4 18,18	25 37,31	<0,05

Valoarea medie a nivelului anxietății la femeile cărora li s-a întrerupt sarcina prin administrarea medicamentelor a fost cu 35,55 puncte mai mare decât măsura - standard C.Spilberger, iar în lotul femeilor cărora li s-a efectuat avort chirurgical - cu 44,19 puncte peste măsura - standard (*fig.1*).

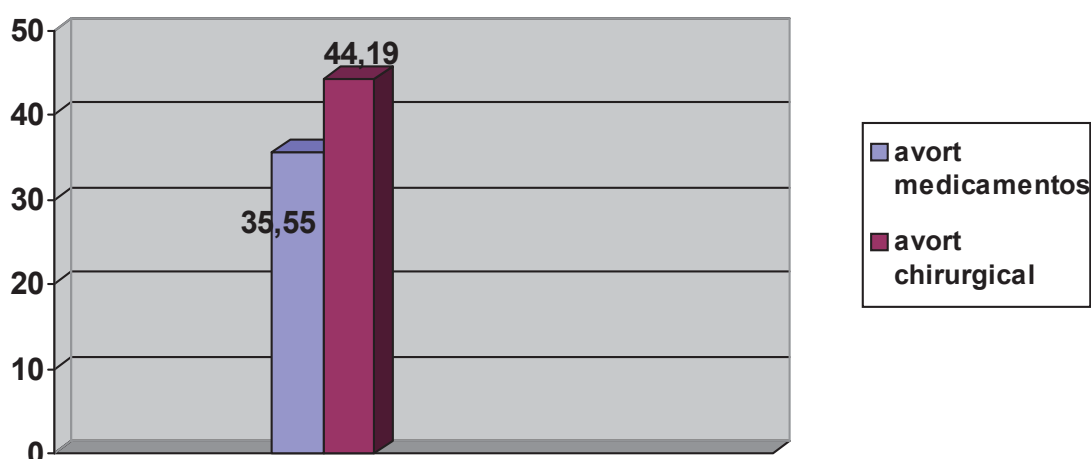


Fig. 1. Indicii valorii medii a nivelului anxietății

Această repartizare vorbește despre aceea că, indiferent de metoda de efectuare a avortului la cerere, acesta este însoțit de un stres psihoemoțional pentru femei, ceea ce de asemenea, se confirmă cu ajutorul multor studii străine și ale specialiștilor moldoveni [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Conform datelor

existente, acest contingent de femei necesită ajutor psihoterapeutic calificat, atât până la avort, cât și în perioada postavort.

În avortul medicamentos se produc mai puține traume psihoemoționale comparativ cu avortul chirurgical. Aceasta se confirmă cu ajutorul datelor discuțiilor clinice, în timpul cărora majoritatea femeilor chestionate (95%) au răspuns că avortul medicamentos se percepe subiectiv mai puțin invaziv pentru sănătate în planul reacțiilor adverse, complicațiilor în timpul avortului și în perioada postavort.

În urma studiului nivelului anxietății după vârstă, s-a constatat că femeile cu vârsta de 18 ani și mai mici aveau punctajul mai mare comparativ cu femeile de 19-29 ani (fig. 2).

În ceea ce privește femeile cu vârsta de 18 ani, aceasta se poate explica prin insuficiența adaptării organismului, frica de sarcina nedorită, aspectul social etc. [7, 8, 9, 10]. La femeile cu vârsta de 30 ani și mai mult s-a înregistrat o neliniște mai mare (44,54/ 41,68).

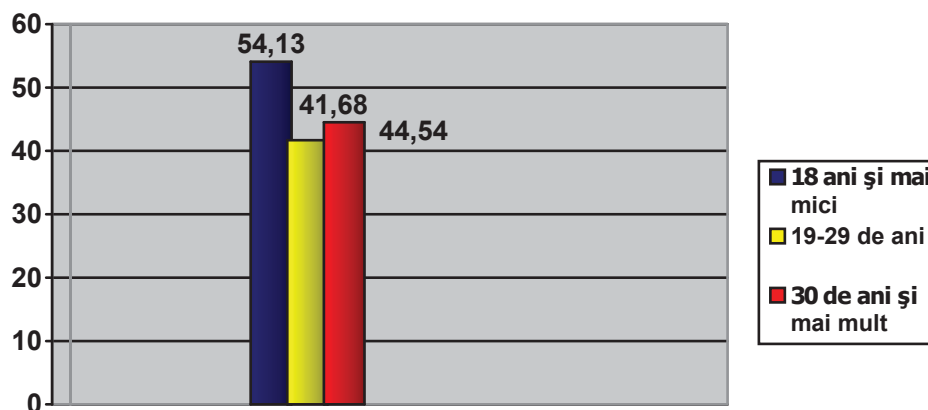


Fig. 2. Nivelul anxietății după vârstă

Comparând datele din figură cu rezultatele anchetei și discuțiilor clinice, constatăm că femeile cu vârsta mai mare manifestă față de sănătatea lor mai multă exigență. Ele au o atitudine negativă față de avort, au în anamneză complicații postnatale, postavort și cunosc urmările negative ale anesteziei generale.

Femeile cu vârsta de 18 ani și după 30 de ani au fost raportate la grupul de risc, în care apare sindromul postavort și se recomandă întreruperea sarcinii prin intermediul medicamentelor.

Metodica psihodiagnostică reprezintă un instrument important în studierea tendințelor psihologice subconștiente, care nu se supun verbalizării directe. Folosirea metodelor proiective face posibilă determinarea și aprecierea atitudinii subiective a pacientei față de situația concretă, stabilirea motivelor unei sau altei situații. Metodele psihodiagnostice psihoproiective permit a determina gradul acțiunii psihotraumatice a diferitor metode de avort, aspectul transcultural și reacțiile individuale profunde.

În urma analizei etaloanelor multicolore cu ajutorul metodei alegerii culorilor s-a stabilit că femeile din lotul I în 81,82% cazuri au ales culorile caracteristice registrului stenic. Culorile specifice sunt: culoarea albastră-verzuie—31,82% (etalonul II), culoarea roșie-cafenie —27,27% (etalonul III), culoarea galbenă—22,73% (etalonul IV). Culorile specifice discomfortului psihologic și somatic sunt neagră-marou, albastră și sură, caracteristice registrului astenic - au fost alese de 13,64% femei. În lotul I s-a acordat preferință culorii violete—9,09%, ceea ce vorbește despre instabilitatea emoțională, în lotul II - 17,9%.

De menționat că femeile din lotul I nu au ales culorile specifice registrului astenic și stării depresive - al 7-lea etalon (neagră) și 0 (sură). Doar 4,54% din femeile examinate din lotul I au ales al 6-lea etalon - culoarea cafenie, specifică nivelului anxietății medii.

În lotul II culorile caracteristice registrului stenic au fost alese de 52,24% de femei, 29,85% din ele au preferat culorile specifice discomfortului și astenizării psihologice. 13,43% au ales culoarea sură (0), 2,99% - neagră (7), 8,95% - marou (6), 4,48% - albastră - închis.

În lotul femeilor cu avort medicamentos doar 13,64% au ales ultimele culori ale spectrului stenic, pe când în lotul II –37,31%.

Deoarece metoda alegerii culorilor este orientată, mai ales, spre depistarea emoțiilor la un moment dat, ea poate fi mai puțin traumatizantă și subiectiv mai adecvată.

Rezultatele investigațiilor psihodiagnostice cu acest test vorbesc despre prioritățile veridice psihologice ale metodei medicamentoase de avort față de cea chirurgicală.

Studierea reacțiilor psihologice ale femeilor la metodele chirurgicale și medicamentoase folosite la sarcină cu ajutorul sondajului multifactorial și rapid (MSMSP) presupunea nu numai evidențierea validității generale a rezultatelor testării, dar și analiza particularităților caracterologice ale femeilor din diferite grupuri clinice.

Metodele de testare verbală, printre care cea mai rezultativă este (MSMSP), permit crearea unei impresii primare despre stabilitatea nucleară, caracterele individual - tipologice.

Datorită spectrului larg de caracteristici psihologice ale testului (MSMSP), putem evidenția componentele de situație ale reacțiilor psihologice, particularitățile individuale care nu se depistează prin alte metode. Ținând cont de datele din literatura de specialitate [1, 11, 12, 13] și de experiența proprie, ajungem la concluzia că MSMSP este o metodă adecvată pentru diagnosticul schimbărilor reactive sub influența întreruperii sarcinii. Poziția dominantă în testul de profil (MSMSP) al femeilor din lotul I este ocupată de prima scară clinică (32,84% din numărul total de femei examinate), care prezintă tendințe ipohondrice și acuzele somatice. La femeile din lotul I predomină scara 9 (36,37%), care arată o situație mai optimistă, un viitor mai bun, fără tendințe de a dramatiza situația.

În lotul II de femei scara 9 este dominată (14,92%).

Analiza de profil permite a constata prezența tendințelor depresive și isteriforme distructive la femeile din lotul II, care se manifestă pe 1, 2 și 4 ale scării. În lotul I această tendință se manifestă nesemnificativ. În afară de aceasta în lotul I există o structură mai uniformă și, practic, lipsesc deviațiile mari între scările 1 și 2, ceea ce poate fi un semn că încordarea emoțională este mai mică și al acțiunii neurotizante a avortului medicamentos (*tab. 2*).

Tabelul 2

<i>Scara</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>
Lotul I	18,19	9,09	4,54	4,54	13,64	4,54	9,09	36,37
Lotul II	32,84	10,45	2,99	23,88	10,44	1,49	2,99	14,92
p	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Aprecierea integrală a acțiunii psihologice în cadrul diferitelor metode de avort arată că femeile din lotul II manifestă anxietate mare - 37,31%, la alegerea culorilor au preferat spectrul de culori specifice disconfortului și astenizării - 29,85% femei. Aceste date se confirmă și cu ajutorul testului MSMSP, în care pozițiile dominante le dețin scările 1 (32,84%), 2 (10,45%), 4 (23,88%).

Femeile din lotul I au ales spectrul de culori stenic - 81,82%, testul Spilberger - anxietate joasă în 40,91%. Mai puține manifestări ale tendințelor depresive se manifestă pe scara 9, conform testului (MSMSP) - 36,37% cazuri.

Concluzii

- Avortul, indiferent de metoda prin care s-a efectuat, prezintă un factor psihotraumatic puternic, care poate iniția mecanismul dezvoltării neurozei.

- Cu ajutorul analizei psihodiagnostice s-a demonstrat că avortul medicamentos are un potențial neurotizant mai mic și se percepe mai pozitiv, ceea ce se poate observa cu ajutorul testului Spilberger, care determină un nivel mai jos de anxietate (în medie cu 8,64 puncte), prin alegerea culorilor din spectrul stenic 81,82% contrar 52,54% la femeile care au suportat avort chirurgical. Culorile specifice disconfortului somatic și psihologic, spectrul de culori astenice în cadrul lotului I alcătuiesc 9,09% față de 29,82% în lotul II de femei. Majoritatea femeilor care au participat la studiu consideră că avortul medicamentos se percepe mai pozitiv și nu cauzează schimbări distructive în echilibrul psihologic.

- S-a constatat că femeile la care predomină caracterele astenice constituie grupul de risc de apariție a reacțiilor psihologice negative și de dezvoltare în viitor a dereglărilor neurotice, îndeosebi la femeile cărora li s-a efectuat avort chirurgical. La aceste femei nivelul anxietății a fost cu 10,56 puncte mai mare decât media. La alegerea culorilor în 42,68% predomină culorile registrului astenic, iar culorile registrului stenic în 22,22%.

- Femeile din categoria cu vârsta de 18 ani și mai mică și cele cu vârsta de 30 de ani și mai mult constituie grupul de risc pentru dezvoltarea reacțiilor psihologice nefavorabile în legătură cu avortul, ceea ce se demonstrează cert cu ajutorul testului Spilberger: nivelul anxietății este mai mare la grupul de femei cu vârsta de 18 ani și mai mică cu 12,45 puncte, iar la grupul de femei cu vârsta de 30 de ani și mai mult cu 2,86 puncte, față de femeile din categoria de vârstă de 19-29 de ani.

- Starea psihoemoțională în perioada postavort medicamentos se restabilește mai rapid decât după avortul chirurgical, iar metoda data are o influență negativă mai mică asupra stării psihice a femeii. Acest lucru este confirmat prin faptul că nivelul anxietății este scăzut cu 7,83 puncte după avortul medicamentos, indicii anxietății sunt mici în 50,9% cazuri, culorile registrului stenic domină la 93,33% femei.

Bibliografie selectivă

1. Бацылева О.В., Астахов В.М., Смоляк Л. Л., *Состояние психоэмоциональной сферы у женщин до и после операции искусственного прерывания беременности* // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии, Донецк, 1998, с.18-22.

2. David C. R., *Aborted Women: Silent No More*, Ch.,IL: Loyola University Press, 1992, p.334-339.

3. Larsen J., *Post- abortion syndrome- a grief subverted*, S Afr Med J, 1999, vol.89, nr.6, p.576.

4. Major B., Gramzov R. H., *Abortion as stigma: cognitive and emotional implications of concealment*, J Pers Soc Psychol, 1999, vol.77, nr.4, p.735-745.

5. Ney P. G., *Emotional and physical effects of pregnancy loss of women and her family*, Post Abortion Aftermath, Kansas City. MO. Sheed and Ward, 1994, p.69-87.

6. Rue V. M., *The psychological realities of induced abortion*, Post- Abortion Aftermath, Kansas City. MO. Sheed and Ward, 1994, p.5-43.

7. Богданова Е. А., Федоров В. В., Сухих В. О., *Деятельность ВОЗ в области охраны репродуктивного здоровья подростков*, Акушерство и гинекология, nr.1, 1992, с.3-4.

8. Веропотвелян П. М., Стрелкова С. А., Василева Л. А., Веропотвелян М.П., *Соціально гігієнічна характеристика жінок, котрим проводять міні-аборт*, ПАГ, nr.5, 1994, с.-29-32.

9. Лебедева И. В., Колесников Б. Л., Чинпасов В. И., *Метод факторного анализа при социально-гигиеническом исследовании у женщин, идущих на медицинский аборт*, Здравоохранение Российской Федерации, nr.1, 1994, с. 20-21.

10. Яковлева Е. Б., Чернишова А. Ф., *Значення профілактики абортів у дівчаток підлітків у підготовці їх до материнства*, ПАГ, nr.2, 1995, с.-32-35.

11. Л. Н. Собчик., *Стандартизованный многофакторный метод исследования личности*, Метод.руководство, Москва,1990, 72с.

12. *Практикум по основам психологии: Тексты и хрестоматия. Учебное пособие для студентов мед. Института*, В. А. Мельников. Симферополь: "СОНАТ", 1997, 254с.

13. *Практическая психология в тестах или как научиться понимать себя и других*, М.: АСТ-ПРЕСС,1999, 376с.

Rezumat

În articol s-au studiat aspectele psihologice în urma utilizării diferitor metode de avort. Analizând rezultatele obținute, s-a determinat că metoda avortului medicamentos are un potențial neurotizant mai mic și se percepe mai pozitiv. Starea psihoemoțională în perioada postavort medicamentos se restabilește mai repede, iar metoda respectivă are un efect negativ mult mai mic.

Summary

În articolul sunt prezentate aspectele psihologice ale diferitelor metode de avort. Analizând rezultatele studiului s-a determinat că avortul medicamentos are un potențial neuroticizant mai mic și este perceput ca fiind mai pozitiv. Recăderile psihice după avortul medicamentos sunt mai rapide, iar metoda în sine are un efect negativ mai mic.

TRATAMENTUL CU PACOVIRIN ȘI INTERFERONI ÎN HEPATITA VIRALĂ B ACUTĂ

Tiberiu Holban, dr. în medicină, conf. univ., **Constantin Spînu**, dr. h. în medicină, prof. univ., **Igor Spînu**, cercet. științ. stagiar, Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă

Hepatita virală B (HVB) este una din cele mai răspândite și importante boli infecțioase de pe Glob. O parte din bolnavi dezvoltă forme fulminante ale bolii cu posibilă evoluție letală, iar alții formează hepatite cronice cu evoluție în ciroză hepatică și hepatocarcinom [1].

În majoritatea cazurilor HVB acută are evoluție autolimitată către vindecare cu eliminarea virusului și apariția de anticorpi protectivi. O astfel de evoluție se realizează în 70-90% din cazuri la pacienții maturi, fiind în funcție de multiple cauze, ca vârsta bolnavilor, statusul imun, prezența mutantelor AgHBe ș.a. [5]. Referitor la această situație, există două atitudini: identificarea unor factori de risc și indici cu valoare predictivă în privința cronicizării și administrarea terapiei doar acestor pacienți și administrarea nediferențiată a terapiei etiologice [2,5].

Conform datelor bibliografice, există mai multe alternative terapeutice. Utilizarea interferonului (IF)- α în tratamentul bolnavilor cu HVB acută în cazul aprecierii corecte a indicațiilor și metodologiei de administrare ar permite a preveni cronicizarea bolii. Eficacitatea tratamentului cu IF este înaltă în cazul în care se stabilesc corect indicii de risc înalt de cronicizare în fazele timpurii ale bolii și nu peste 1,5-3 luni de la debut, după rezultatele monitorizării bolii, când nu se obține ameliorarea indicilor clinici (persistă icterul, semne de intoxicație), biochimici (AlAT), persistă în ser AgHBe, ADN-HBV și AgHBs [5].

O alternativă terapeutică ar putea fi monoterapia cu lamivudină, care reprezintă un analog nucleozidic cu acțiune antivirală directă prin inhibarea activității ADN polimerazei ARN dependente. Există scheme de terapie simultană combinată cu IF- α 3-5 mil. UI/zi și lamivudină 100-300 mg/zi. Poate fi aplicată și terapia secvențială cu lamivudină până la scăderea AlAT sau maxim 6 săptămâni, apoi IF- α cu lamivudină [3].

Pentru tratamentul HVB acute se mai propune utilizarea preparatelor neovir, amixin, ursofalk ș.a. [7].

În tratamentul HVB acute pot fi utilizate și preparate de origine vegetală cu acțiune antivirală, imunomodulatorie și antioxidantă. Preparatul medicamentos Pacovirin reprezintă un glicozoid steroid de origine vegetală din grupa furastanolului cu acțiune antivirală față de virusurile cu genom ARN și ADN și imunomodulatorie asupra diferitelor subclase de T-limfocite.

Pacovirina a fost elaborată de colaboratorii Direcției virusologie a CNȘPMP din R.M. (prof. C. Spînu) și ai Institutului de Genetică al Academiei de Științe a Moldovei (prof. P. Chintea). Preparatul reprimă reproducerea virusurilor în stadiile inițiale de dezvoltare intracelulară și pe parcursul realizării infecției virale. Remediul nominalizat este inofensiv, nu are acțiune rezorbtivă-cumulativă, nu influențează funcțiile de reproducere la animalele de laborator, investigate ca model [4].

Într-o stabilire a indicațiilor diferențiate pentru aplicarea terapiei antivirale și de imunocorecție la bolnavii cu HVB acută este necesar de acordat o atenție deosebită stabilirii criteriilor, care ar caracteriza răspunsul imun optim, exprimate prin indicii imunității celulare și humorale, caracteristice pentru HVB de gravitate medie cu evoluție ciclică și însănătoșire [5].